FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N° 525

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean BOUTOUNET

né le 7 Décembre 1909 à ALBI (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR LES ASSOCIATIONS POLYSYNDROMIQUES REALISÉES PAR LES TUBERCULOSES ATYPIQUES.

Président : Mr. J. TURIAF, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean BOUTOUNET
né le 7 Décembre 1909 à ALBI (Tarn)

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR LES ASSOCIATIONS POLYSYNDROMIQUES REALISÉES PAR LES TUBERCULOSES ATYPIQUES.

Président : Mr. J. TURIAF, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

16

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon **BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . . Jean **VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Profr à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Profr à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Profr à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Profr à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.
	BUSSER (F.)
	GOUYGOU (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch.
	POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch.
	CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch.
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT (J.)

	MM.
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LŒPER (J.)
	MAURICE (J.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CASTAIGNE (P.), m. conf.
	CATINAT (J.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch.
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.), MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI (C.), ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.), LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch., KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.), CHAPUT (Mme A.), m.c. agr., GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.), AMELINE (A), pr. s. ch., HUGUIER (J.), OLIVIER (C.), PADOVANI (P.), POILLEUX (F.), ROUX (M.), VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.), PERRAULT (M.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.), MAYER (M.), RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires . . . . . Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Mère et de mon Père

avec le souvenir ému de la tendresse
qu'ils m'ont toujours témoignée.

A ma Femme

A ma Soeur

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Agrégé J. TURIAF

Professeur de Pathologie Respiratoire

Médecin de l'Hôpital BICHAT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse

En témoignage de reconnaissance.

A mon Maître

Monsieur le Docteur André JACQUELIN

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Avec notre profonde gratitude pour
la bonté de son accueil et pour
l'enseignement, si empreint
d'humanisme, qu'il nous a prodigué.

A mon Jury de Thèse

A tous mes Maîtres

I N T R O D U C T I O N

Nous avons eu l'occasion d'observer à la consultation du Docteur André JACQUELIN, à l'Hôpital Necker, où il a bien voulu nous accueillir, de nombreux cas de tuberculose atypique.

Rappelons, tout d'abord, dans un bref aperçu historique, les travaux successifs qui ont jalonné l'histoire de ces tuberculoses larvées et des localisations et manifestations diverses de leur imprégnation toxinique.

PONCET & LERICHE, en 1896, individualisent certaines arthrites rhumatismales d'origine bacillaire dans des tuberculoses "inflammatoires" sans lésions nécrosantes. FONSAGRIVE, élève de PONCET, dans sa thèse de 1904, traite de la tuberculose oculaire.

En 1906, paraissent les travaux de Von PIRQUET sur l'allergie.

En 1907, LANDOUZY décrit les "paratuberculoses".

En 1920, MILIAN affirme que le syndrome eczéma vésiculeux est, dans 80 % des cas, une tuberculide.

F. BEZANCON & A. JACQUELIN rapportent l'histoire d'un malade chez qui chaque poussée pulmonaire déclanchait une poussée articulaire ; un pneumothorax arrêta l'évolution de la tuberculose et fit disparaître la polyarthrite.

R. BURNAND publie, en 1936, son étude sur "le rôle de la tuberculose chez les "patraques" " et en 1938 son travail sur les syndromes d'imprégnation bacillaire.

Mais c'est à André JACQUELIN que revient le mérite d'avoir individualisé dans une importante monographie, en 1939, les "tuberculoses atypiques" dont il introduit le terme dans la nosographie. Dans une série de travaux avec J. TURIAF ou avec ses autres collaborateurs, il a montré la diversité des localisations des tuberculo-protéines sur l'appareil respiratoire, sur les articulations, sur l'appareil oculaire, sur les voies digestives, sur la peau, sur les centres diencéphaliques.

Notre propos, dans ce modeste travail, sera d'étudier parmi ces tuberculoses atypiques, certains cas présentant des associations de plusieurs syndromes qui peuvent coexister ou alterner par une sorte de mutation morbide, ou se succéder au cours d'un même état de maladie dont la longue durée peut, parfois, faire des patients qui les présentent des "patraques" (pour reprendre le terme de R. BURNAND) de toute une vie.

Nous en ferons d'abord une étude succinte pathogénique et clinique.

Nous produirons ensuite quelques unes de nos observations.

Nous essayons, enfin, de montrer l'intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique qui en découle.

ETUDE CLINIQUE

Nous rappellerons brièvement que les tuberculoses atypiques sont essentiellement des tuberculoses de faible virulence et de végétalité restreinte, que leur point de départ est dû, presque toujours, à l'existence de foyers peu importants (ganglionnaire, cortico-pleural, léger voile d'un sommet pulmonaire) mais qui, selon les termes mêmes d'André JACQUELIN, "imprègnent l'organisme d'une toxémie chronique, indéfiniment persistante, modifiant peu à peu l'état humoral, sensibilisant l'individu, excitant certaines glandes ou altérant leur fonctionnement et créant des processus variés".

Il est, d'autre part, certain que des infections secondes (surtout staphylococciques et colibacillaires) s'établissent sur ces terrains imprégnés par la toxine bacillaire et risquent souvent de masquer cette dernière, si la recherche systématique n'en est pas poussée à fond et ce d'autant plus que les manifestations morbides des tuberculoses atypiques sont, le plus souvent, d'ordre inflammatoire banal, dépourvues de toute lésion spécifique et que l'on n'y trouve que des phénomènes de congestion, d'oedème ou d'exsudation.

Cette constatation nous permet déjà de dire toute l'importance que cette recherche de la spécificité bacillaire des lésions peut présenter pour l'établissement d'un diagnostic et, surtout, pour la valeur d'un traitement spécifique qui suffira, presque toujours, à lui seul, à faire disparaître ces infections secondes.

Examinons, tout d'abord, les diverses localisations de l'imprégnation toxémique tuberculeuse. Nous la rencontrerons :

1° - Sur l'appareil respiratoire, en particulier sur les voies aériennes supérieures, réalisant :

a - Soit des rhino-trachéites à répétition, souvent de type spasmodique.

b - Soit des rhino-trachéo-bronchites descendantes avec expectorations considérables d'élimination, muqueuses ou muco-purulentes, aseptiques, mais qui s'infectent secondairement.

c - Soit des asthmes dont l'origine est, à n'en pas douter, conditionnée par les processus exsudatifs précédents.

2° - Sur les articulations où elle réalise des polyarthrites du type "rhumatisme de PONCET" pouvant présenter toute une gamme de localisations et d'intensité.

3° - Sur l'appareil oculaire : nous trouvons ici toute une série d'atteintes pathologiques de l'œil, iridocyclites, sclérokératites, rétinites avec ou sans lésions du corps vitré, hémorragies parfois récidivantes du corps vitré etc..

Nous pouvons rencontrer plusieurs de ces lésions associées et il faut, d'autre part, noter la fréquence de leur bilatéralité initiale et surtout de leur bilatéralisation secondaire, de leur progression d'avant en arrière, des segments antérieurs aux segments postériurs de l'œil.

4° - Sur les voies digestives où la toxémie bacillaire peut réaliser :

a - Des troubles gastriques : dyspepsies tantôt hypersécrétoires, amenant souvent à discuter l'hypothèse d'un ulcus, tantôt hyposécrétoires, hyposthéniques avec lenteur des digestions, pesanteurs post-

prandiales, aérogastrie, langue saburrale.

b - et surtout des troubles entérocolitiques plus caractéristiques (quelquefois même des rectocolites) avec diarrhées, douleurs étendues à tout le cadre colique, colon descendant spasmé.

Ces crises gastriques et entérocolitiques peuvent, parfois, soit alterner, soit coïncider, intéressant alors tout le tractus digestif ; elles peuvent procéder d'une façon continue mais avec des poussées d'aggravation, ou bien encore elles peuvent présenter des crises paroxystiques survenant, en moyenne, tous les deux ou trois mois.

5° - Sur les centres diencéphaliques où le retentissement de la toxémie tuberculeuse va se traduire par des psychoses qui peuvent aller des simples manifestations psychasthéniques, dont la fréquence est si grande au cours des tuberculoses atypiques, jusqu'aux accès maniaques ou dépressifs.

Il est remarquable, d'ailleurs, de constater que l'éclosion de ces psychoses se produit le plus volontiers lorsque la lésion pulmonaire est stabilisée et su'elles s'améliorent losque ces mêmes lésions subissent une poussée évolutive réalisant par cette alternance le "balancement psychosomatique" décrit par BARUK.

On peut, cependant, constater également la concomitance des psychoses avec une tuberculose en évolution.

6° - Enfin, à la peau, on peut voir, dans de nombreux cas, s'établir les poussées exsédutatives d'un eczéma suintant ou encore d'acné, de furonculose, d'anthrax, souvent récidivantes, dont l'éclosion semble se produire plus particulièrement aux saisons printanières et automnales, qui traduisent la coexistence d'une infection seconde, staphylococcique le plus souvent, sur ces terrains, touchés par l'imprégnation bacillaire, et qui paraissent jouer ici le rôle d'un exutoire utile car leur arrêt par les

divers traitements antipyogènes et spécifiques provoque fréquemment la reprise des syndromes diversement localisés de toxémie tuberculeuse que nous venons d'énumérer alors que leur reprise amène une sédation et une amélioration de ces mêmes syndromes. Inversement, d'ailleurs, le traitement spécifique antibacillaire par la tuberculine ou l'antigène méthylique améliorera considérablement ces poussées infectieuses cutanées, probablement par l'action bénéfiquement modificatrice du terrain bacillaire sur lequel sont greffées ces infections secondes. Ces constatations et ces déductions rejoignent la conception par RAVAUT de l'éczéma comme une réaction seconde de sensibilisation, ainsi que, dans sa thèse de 1943, l'expose J.P. CHIRON.

Le cautère se montre ici, un moyen thérapeutique bienfaisant par un mécanisme complexe, mais où doit exister un procédé de dérivation vicariante.

*
* *

Chacune des manifestations dont nous venons de rappeler la diversité peut rester isolée, tout au moins pendant très longtemps, dans un cas donné.

C'est ainsi que presque toute une évolution peut se poursuivre en une sorte d'électivité morbide, sous une forme monosyndromique, le malade restant, par exemple, un asthmatique, un entérocolitique, un psychosique, ou encore étant atteint d'une série indéfinie de poussées d'indocyclite etc.

Mais il est des cas d'emblée bien plus évocateurs d'une toxémie générale bacillaire, ce sont ceux où l'on apprend par l'interrogatoire que se sont associées ou succédées, ou ont alterné, chez un même malade, plusieurs des manifestations ci-dessus mentionnées. Ou bien, en suivant longuement ces cas on les voit apparaître tantôt simultanément, tantôt tour à tour.

C'est ainsi que A. JACQUELIN et J. TURIAF ont décrit des associations de deux syndromes : asthme et rhumatisme, asthme et atteinte oculaire, rhumatisme et manifestations oculaires.

J. NIQUET, dans sa thèse de 1948, expose des cas d'association de trois syndromes : oculaire,asthmatique et rhumatismal.

Ce sont les formes polysyndromiques des tuberculoses atypiques qui font l'objet de cette thèse et dont nous allons, à titre d'exemples, relater trois observations, parmi les plus caractéristiques, dans lesquelles nous trouverons, associés à quelques unes des manifestations bi ou tri-polaires ci-dessus mentionnées, des syndromes entérocolitiques, psychosiques ou cutanés.

Dans la première on verra se succéder, sur un fond d'asthénie intense et permanente, un syndrome gastro-entéro-colitique de longue durée, procédant par crises ; s'intriquant avec lui une rhino-trachéite spasmodique tenace ; alternant avec eux, les améliorant parfois, se succédèrent des atteintes bacillaires localisées à la plèvre ou au rachis ; secondairement vinrent se greffer sur le tout des infections suppuratives, fistule anale, eczéma suintant, acné.

Dans la seconde les syndromes oculaires et psychosiques se succèdèrent et enfin, un rhumatisme à type de polyarthrite s'intrigua avec les deux localisations précédentes ; ici encore des infections secondes staphylococciques cutanées, procédant par poussées, vinrent se greffer, réalisant une sorte d'éxutoire car leur arrêt par vaccinothérapie aggrava considérablement les manifestations gastriques, articulaires, oculaires et psychiques.

Dans la troisième, enfin, tour à tour de nombreuses crises de polyarthrite et un asthme exsudatif intense tinrent d'abord le premier plan; leur succéda une entéro-colite sévère qui prit leur place et, par sa longue durée, ruina l'état général. Là encore, des épisodes infectieux staphylococciques (sinusites purulentes, angines) s'intriquèrent aux syndromes précédents.

Chez tous ces malades on retrouve la note bacillaire : pleurésie, et mal de POTT dans l'obs. 1 ; tuberculose pulmonaire de la mère et des deux soeurs dans l'obs. 2 ; primo-infection fé brile et adénopathie trachéo-bronchique dans l'obs. 3.

L'examen radiologique pulmonaire montra soit des nodules pumonaires calcifiés, soit des infiltrats des sommets, soit une adénopathie trachéo-bronchique.

Les tests tuberculiniques devraient révéler une hyperallergie caractéristique avec réactions locale et générale anormalement intenses et réactions syndromiques nettes conduisant au diagnostic.

Enfin l'épreuve du traitement spécifique par la tuberculine ou l'antigène méthylique, chaque fois qu'il put être appliqué et suivi correctement (obs. 1 et 2) confirma le diagnostic par les améliorations nettes et durables qu'il provoqua.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Melle Anne-Marie F.., 42 ans, vient consulter, en avril 1956, pour une longue histoire pathologique où les syndromes rhino-trachéo-bronchiques, pleuro-pulmonaires, osseux, digestifs, intestinaux et cutanés ont coéxisté ou alterné, pendant une période de plus de vingt années, sur un fond d'asthénie intense et permanente.

Antécédents : dans l'enfance, diphtérie paralytique et entérites fréquentes.

Dans une période qui va de l'âge de 19 ans à l'âge de 27 ans elle va présenter : une fissure anale traitée par dilatation qui laisse, comme séquelle, une petite fistule cautérisée au nitrate d'argent ; un syndrome digestif complexe, alternance de diarrhées et de constipation, douleurs épigastriques, douleurs coliques, et, à l'âge de 25 ans, un ulcus de la petite courbure traité par la laristine et le repos.

Dans le même temps s'établissent une rhinite chronique et des crises de trachéite spasmodique ; coéxistence également, à cette période, d'un eczéma suintant de la face, d'un psoriasis localisé aux membres et au thorax et de poussées d'acné.

Asthénie marquée et persistante

A 32 ans : mal de Pott lombo-sacré pour lequel elle subit une greffe fin 1949. Il n'est pas prescrit d'antibiotiques. Amélioration, à ce moment là, des rhino-trachéites spasmodiques, mais l'asthénie persiste ainsi que les troubles intestinaux, les insomnies, les céphalées et les poussées fébriles.

En 1953, à la suite d'une grippe méningée, Melle F. se plaint de faiblesse visuelle ; elle interrompt son travail pendant neuf mois. Au bout de ce repos, à la fin 1954, elle fait une pleurésie séro-fibrineuse droite ; fébrile pendant trois mois ; traitement par antibiotiques et pasiniazide puis repos, pendant neuf mois, en aérium.

Depuis elle reste très fatiguée, amaigrie, n'a pu reprendre son travail et l'importance de ses troubles asthéniques et psychasthéniques a même fait proposer un traitement par électrochocs et insulinothérapie. Il persiste des douleurs abdominales avec diarrhées, de l'anorexie. Elle fait une infection fébrile pendant l'hiver 1955-56 ; elle reçoit 15 grammes de streptomycine, un traitement calcique et se trouve très soulagée.

Le 17 avril 1956 elle vient consulter, envoyée par le Docteur DUHAMEL, qui l'a examinée au point de vue intestinal et a soulevé le diagnostic de bacillose atypique.

Il lui est fait un test à la tuberculine (tuberculine de l'Institut PASTEUR) de un milligramme ; le jour même, grosse réaction locale ; réaction générale avec recrudescence de l'asthénie et inversion de la température qui est de 36°3, au lieu de 38°, température vespérale habituelle.

Le 11 mai 1956 on commence un traitement par l'Alt-Tuberkulin avec une dose de début de 1/10 de milligramme : réaction générale aussi marquée que lors du test ; réactions syndromiques importantes :

Sur l'appareil respiratoire (obstruction nasale complète picotements, inflammation des muqueuses qui persistent pendant deux semaines).

Sur l'appareil digestif : diarrhées et douleurs dans tout le cadre colique.

Sur l'appareil oculaire : conjonctivite, blépharite et diminution de l'acuité visuelle.

Sur les ganglions ; adénite sous-maxillaire.

Les mêmes réactions syndromiques se reproduisent lors de la deuxième injection de 1/10 de milligramme d'Alt-Tuberkulin pratiquée le 16 mai ; il est procédé, alors, le 23 mai, après la troisième injection de tuberculine, à l'application d'un cautère ; dès lors les réactions syndromiques diminuent d'intensité, par contre, à chaque injection de tuberculine suivante, réaction du cautère se traduisant par un écoulement plus abondant.

La tension artérielle remonte de 9-6 à 12½- 7.

Le traitement spécifique est poursuivi, à partir de juillet 1956, par onze injections, à doses croissantes, d'antigène méthylique dilué et six injections d'antigène méthylique pur. Les réactions générale et syndromiques après chaque injection sont peu importantes. L'état général s'améliore les syndromes divers, entérocolite, rhinotrachéite s'atténuent. La malade reconnaît que le traitementa considérablement amélioré son asthénie.

Au début de 1957 elle ressent des douleurs abdominales pelviennes qui l'amènent à consulter un gynécologue ; un diagnostic de pelvi-péritonite est porté ; traitement par la streptomycine (35 grammes) avec guérison clinique. On institueensuite un traitement par calcithérapie, vitamine B_{12}, vitamine B_1, Gaurol.

Melle F.. a repris son travail. Le cautère, qu'elle a entretenu pendant deux ans, a été abandonné, à regret, pour raisons professionnelles.

OBSERVATION II

M. F.. 34 ans, atteint de choroïdite grave, faisant craindre la cécité, nous est envoyé par l'ophtalmologiste qui soupçonne la nature tuberculeuse de l'affection.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux : mère atteinte de tuberculose pulmonaire qui évolua favorablement, deux soeurs mortes de phtisie.

Lui-même a présenté, à onze ans, un ictère et pendant toute son enfance, des troubles hépatiques, conséquence probable d'une trop riche nourriture : il est périgourdin.

I - De l'âge de 12 ans à l'âge de 24 ans ; poussées staphylococciques, plus intenses en automne et au printemps, sous forme de furoncles, abcès anthrax, phlegmons aux membres et au corps qui améliorent par leur éclosion un état neuro-psychique dépressif permanent avec céphalées ; ces poussées staphylococciques mirent plusieurs fois, fin à un prurit généralisé et, une fois, à l'âge de 15 ans stoppèrent les conséquences d'un gros choc émotionnel (mort de ses deux soeurs).

A 17 ans, une série de 32 furoncles sur l'abdomen et à 18 ans, une série de 6 abcès le long du rachis semblèrent stopper deux poussées pseudo-grippales suivies de congestion pleuro-pulmonaire trainante qui laissèrent des séquelles radiologiques ; ultérieurement ces séquelles devaient faire présumer une origine bacillaire.

A 21 ans, à son incorporation militaire, crise d'hyperémotivité, d'angoisse, améliorée également par des poussées staphylococciques.

A 24 ans, crise de rhumatismes articulaires, siégeant principalement aux coudes et aux mains. Hospitalisation à Beaujon ; nouvelle série d'abcès qui terminèrent ces poussées rhumatismales. Vaccinothérapie qui mettra un terme définitif à ces manifestations staphylococciques cutanées.

II - Alors commence une période où l'alternance des infections secondes staphylococciques ne se produisant plus, vont se succéder :

1° - des manifestations articulaires intenses du type R.A.A. généralisées, avec sueurs profuses, mais sans atteinte cardiaque, avec fibrinémie normale, vitesse de sédimentation non augmentée, formule sanguine normale.

2° - Des manifestations gastriques : pyrosis, douleurs de type hyperchlorhydropeptique ; une radiographie aurait décelé un ulcus dont le malade ne peut préciser le siège.

3° - des manifestations oculaires : douleurs de l'œil droit, suivies de cécité complète de cet œil en 48 heures ; on porte le diagnostic de choroïdite et, un examen radiologique pulmonaire prénuptial ayant, quelque temps auparavant, montré une grosse calcification dans le champ pulmonaire droit, on la soupçonne d'origine tuberculeuse. Puis les soupçons se portent sur un foyer septique dentaire ; extraction de trois dents suivie d'une abondante suppuration de la cavité. On pratique une série de naïodine intraveineuse puis une série de cyanure de Hg intraveineux ; la vision est partiellement récupérée, en un mois, mais une rechute oblige à une reprise du traitement. Six ans plus tard, récidive de la choroïdite sur l'œil gauche d'abord, sur les deux yeux ensuite ; affaiblissement considérable et progressif de l'acuité visuelle. On extrait encore deux molaires : la choroïdite s'améliore pour un temps, mais, très vite, reprend et on soulève de nouveau le diagnostic de tuberculose oculaire ; prescription d'al-

lergine, stérogyl et calcium que le malade n'éxécute pas. Il est refait du cyanure de Hg intraveineux qui améliore les troubles oculaires au bout de deux mois.

4° - Précédant ces manifestations oculaires ou coexistant avec elles des crises psychosiques graves, angoisses, aboulie complète, vertiges, incapacité totale au travail, se sont manifestées à tel point que le malade subit plusieurs séries d'électrochocs à Henri ROUSSELLE.

5° - Troubles neuro-végétatifs également : hypothermie à 35°5 - 36° hypotension avec maxima à 10 puis à 9, tachycardie à 110 - 120 - 130.

Enfin, greffées sur le tout, des infections secondes suppuratives des cavités dentaires et des sinus qui améliorent momentanément la chorîdite et les psychoses ; une entérocolite à diarrhées fétides qui dura un mois ; un eczéma avec prurit intense qui dura dix jours.

C'est à ce moment que M. F.. nous est envoyé. Devant ce malade asthénique, amaigri, aboulique, hypotendu, dont l'acuité visuelle est de 1/10 pour l'œil gauche et 2/10 pour l'oeil droit, chez qui, radiologiquement est constatée la présence d'in gros nodule non modifié dans le poumon droit, devant l'inefficacité des thérapeutiques qui supprimèrent les focal septis dentaire et sinusien, et, enfin, devant les rechutes des troubles oculaires malgré les traitements iodés ou au cyanure de Hg, nous sommes amenés à penser qu'à l'origine de ces syndromes divers, y compris les infections secondes staphylococciques, se trouve une imprégnation bacillaire larvée.

Un test tuberculinique au dixième de milligramme déclenche une hyperallergie considérable réaction locale intense et très étendue ; réaction générale de type pseudo-grippal et réactions syndromiques oculaire et psychique.

Le malade devant séjourner en province on lui prescrit une cure d'antigène méthylique et, dans l'immédiat, l'application d'un cautère qui, dans la semaine qui suit, présente une suppuration abondante et fétide ; la vue s'anèliore, l'état psychique subit un changement considérable, lucidité, confiance en soi reviennent rapidement ; l'action du cautère semble ainsi confirmer l'action bénéfique d'éliminations qu'avaient les poussées suppuratives et les crises d'entérocolite alternantes.

M. F.. reprend son travail le 1er avril, quinze jours après l'application du cautère. Il le gardera trois mois et l'appliquera ensuite, périodiquement, au printemps et à l'automne, pendant un mois durant les années de 1946 à 1953.

Fin 1953, après surmenage, il présente de l'hypotension, de l'asthénie, de légers troubles oculaires et psychiques. Il lui est conseillé extrait hépatique, vitamine C et reprise du cautère. Les troubles s'amendent rapidement et en janvier 1959 ils n'avaient pas reparu.

OBSERVATION III

Melle V.. 34 ans, vient consulter le 22 juillet 1957, adressée par le Docteur BACQUES, d'Oran.

Antécédents : père bien portant, mère ayant présenté un "voile aux poumons" dans les années qui suivirent la guerre de 1914 - 18. Elle-même aurait eu, dans sa première enfance, des voies respiratoires supérieures sensibles et des gastro-entérites.

A l'âge de six ans, elle fait une coqueluche sévère, trainante, qui paraît s'être compliquée de primo-infection avec fièvre prolongée asthénie, amaigrissement et adénopathie trachéo-bronchique. Un séjour en altitude, en Auvergne, et des rayons ultraviolets amenèrent, en 18 mois, une stabilisation semblant parfaite.

A partir de ce moment et jusqu'à l'âge de 22 ans, vont se succéder des poussées fébriles (40°) et infectieuses, étiquetées "grippes", où prédominant les localisations rhino-trachéitiques, amygdaliennes, entérocolitiques et, une fois, vers 11 ans, appendiculaire. Ces poussées surviennent plusieurs fois par an avec une prédominance en fin d'hiver.

A 22 ans, après un choc affectif, se déclenchent :

1° - Une sinusite frontale droite purulente avec température à 40° et céphalées violentes qui durent plusieurs mois.

2° - En août 1945 une angine grave qui oblige à pratiquer du sérum antidiphtérique, lequel provoque un urticaire généralisé.

3° - En octobre 1945, nouveau choc affectif suivi d'une dermite prurigineuse, puis, en novembre, après une exploration des sinus frontaux, se déclenchent une réaction "pseudo-grippale"; en décembre, poussée fébrile à 40°, amaigrissement de six kilos, mauvais état général qui nécessitent l'hospitalisation. On fait une cuti-réaction tuberculinique : elle se révèle fortement positive. Radiographie pulmonaire normale.

4° - En outre, apparaît alors un syndrome polyarthritique, atteignant les coudes et les tibio-tarsiennes, tenace, qui reparaîtra, plusieurs fois dans la suite, avec des localisations différentes, notamment vertébrales, sans atteinte cardiaque.

5° - Le 28 décembre 1945, débute un asthme d'emblée sévère, très

exsudatif, déclenché en Auvergne et persistant à Paris. Nouvelle radiographie pulmonaire en mars 1946 : normale. Mais en juillet 1946 un film, pris à Laënnec, révèle des "infiltrats des deux sommets" qui seront déclarés stabilisés en mai 1947.

De 1945 à 1949, la malade, qui s'est mariée, présente de nouvelles poussées de rhumatisme, surtout vertébral, et des crises d'asthme fréquentes mais l'état général est assez bon.

Au début de 1950, les localisations morbides vont passer de l'appareil respiratoire et des articulations à l'appareil digestif.

Il s'établit une entérocolite grave avec des crises de diarrhées profuses, douloureuses, fébriles, provoquant un amaigrissement de 15 kg. une cure à Plombières n'amène pas d'amélioration. Les examens radiologiques gastrique, intestinal, colique, vésiculaire et rénal ne révèlent aucune anomalie. Le laboratoire ne décèle ni sang, ni B.K., ni parasites dans les selles. La vitesse de sédimentation et la formule sanguine sont normales. Un épisode fébrile incite à pratiquer hémoculture et sérodiagnostic qui se montrent négatifs. On conclut à une colibacillose.

Appendicectomie en juillet 1952 ; trois cures à Chatel-Guyon qui restent sans effet.

Recemment reprise des polyarthrites, toujours sans atteinte cardiaque.

La malade qui, au début de 1957, présente de l'amaigrissement (45 kg pour une taille de 1,69 m), qui est nettement psychasthénique se voit prescrire par son médecin traitant, le Docteur BACQUES, d'Oran, qui soupçonne une tuberculose atypique, deux prises buccales mensuelles de tuberculine en dilution homéopathique et l'application d'un cautère.

Les douleurs cessent rapidement, l'entérocolite diminue puis disparaît et il se produit une reprise de poids de trois kg.

Elle nous est adressée fin juillet 1957. On pratique un test tuberculinique au vingtième de milligramme le 22 juillet.

De suite, réaction générale intense : fièvre à 39° pendant 48 heures frissons, courbatures, céphalées, état lipothymique, langue saburrale.

Le lendemain, réactions syndromiques par : douleurs vives étendues à tout le cadre colique, mais sans diarrhée ; polyarthralgies diversement localisées.

Enfin, réaction locale considérable, débutant au bout de 48 heures, avec une aréole inflammatoire érythémateuse de huit centimètres de diamètre présentant, au centre, une zone urticarienne.

Nous n'avons, malheureusement, pu revoir cette malade indocile qui n'a suivi aucun conseil tant de son médecin traitant que de nous.

INTERET DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

L'étude des observations que nous venons de produire nous conduit à formuler quelques remarques qui nous semblent importantes pour l'établissement d'un diagnostic de tuberculose atypique polysyndromique.

En effet, il semble bien que dans le déroulement de chacune de ces trois histoires pathologiques (et surtout en ce qui concerne la deuxième et la troisième) chaque manifestation morbide fut considérée à l'écart de celle qui la précéda ou la suivit, fut traitée pour son propre compte et qu'on ne lui attribua aucun lien avec les suivantes ou les précédentes.

Or, devant la multiplicité des syndromes qui alternaient, se substituaient, se remplaçaient les uns les autres, récidivant de nombreuses fois, et qui, par leur durée, faisaient de ces vies une sorte de long martyre, devant l'inefficacité du traitement (traitement salicylé pour les polyarthrites des obs. 2 et 3, traitement au cyanure de Hg et traitement des foyers infectieux dentaires, attribués comme origine, pour la choroïdite de l'obs. 2.. électrochocs pour le traitement des psychoses de l'obs. 2.. Traitement symptomatique de l'asthme, considéré comme un épisode passager, de l'obs 3) on aurait du se trouver amené à penser qu'il s'agissait, très probablement, d'un processus endogène d'une seule tenue ayant donné lieu à des manifestations morbides polymorphes, diversement localisées, mais de même nature.

Ce diagnostic d'imprégnation toxémique tuberculeuse sur quoi le fonderons-nous ?

1° - Sur les antécédents, héréditaires collatéraux, personnels dont la valeur, souvent méconnue, est d'un grand intérêt et l'existence fréquente :

- mère et deux soeurs tuberculeuses dans l'obs. 2
- mère suspecte d'atteinte pulmonaire radiologiquement décelée dans l'obs. 3
- pleurésie et mal de Pott de la malade de l'obs. 1
- primo-infection fébrile et adénopathie trachéo-bronchique de la malade de l'obs. 3.

Mais ce ne sont là que des éléments d'orientation lorsqu'ils existent.

2° - Sur l'examen radiologique pulmonaire qui doit être systématiquement pratiqué et qui montrera, très souvent, des séquelles de cicatrisation, nodules fibreux calcifiés, tramite, surcharges hilaires, adénopathie trachéo-bronchique, pachypleurite, sinus costo-diaphragmatiques comblés.

Ces constatations sont intéressantes, mais n'ont pas encore valeur de certitude.

3° - Sur les tests tuberculiniques dont l'importance nous paraît extrême et les résultats probants.

Dans sa thèse de 1946 " sur les réactions syndromiques inattendues du test tuberculinique", BERGERON reprend l'exposé des réactions locale focale et syndromiques provoquées par ce test et aussi des réactions de retour parfois observées en même temps que les précédentes.

Cet ensemble de réactions montre indubitablement la spécificité du test tuberculinique dans leur déclenchement et le fait qu'en dehors de toute atteinte tuberculeuse ce test ne provoque aucune réaction renforce singulièrement l'évidence de cette spécificité.

En effet en nous révélant une hyperallergie spécifique très nette déclenchant des réactions locale, générale très anormalement intenses et surtout la ou les réactions syndromiques seules vraiement caractéristiques, les tests tubefculiniques ne nous montrent-ils pas clairement le rôle de la toxémie tuberculeuse dans cette longue suite de localisations morbides variées ?

La bacilloscopie dont on ne saurait, dans ces formes de tuberculose escompter un résultat positif.

Le laboratoire (réaction de VERNES à la résorcine, vitesse de sédimentation des hématies etc.) dont la positivité, d'ailleurs presque toujours très discrète, peut s'inscrire en faveur de plusieurs processus inflammatoires nous retiendront à un moindre degré.

Enfin, le diagnostic établi, nous voyons de quel intérêt pronostique va être chez ces malades (qui ne sont pour la plupart que des patraques démoralisés, psychasthéniques, trainant , au long de nombreuses années une série d'affections qui les diminuent et leur ote parfois, toute activité) la possibilité d'une amélioration durable, sinon définitive, par un traitement spécifique qui va, dans bien des cas, changer bénéfiquement le cours de leur existence et confirmer ainsi le diagnostic s'il hésitait encore.

INTERET THERAPEUTIQUE

Il est essentiel car c'est de lui que l'on attendra un résultat fréquemment tangible, certain, durable.

Plusieurs moyens s'offrent pour réaliser ce traitement qui ne nous semblent pas tous d'égale valeur et que nous exposons dans un ordre préférentiel.

1° - La tuberculinothérapie qui n'est pratiquement possible qu'en centre hospitalier, semble, quand elle est réalisable en fonction des occupations du malade, donner les meilleurs résultats.

On emploiera, si possible, l'Alt-Tuberkulin, tuberculine de grande pureté.

La conduite du traitement, variable pour chaque malade, sera essentiellement basée sur les réactions constatées à la suite de chaque injection. Une règle générale, croyons-nous, est d'observer une grande prudence dans l'augmentation des doses et même, si les réactions générale et syndromique sont violentes, de revenir, au besoin, à une dose immédiatement inférieure pendant un certain temps, quitte à reprendre l'augmentation après quelques injections de même dose.

On emploie une dilution d'Alt-Tuberkulin : une partie de tuberculine pure dans neuf parties de sérum physiologique à 7 pour 1 000, additionné de 0gr50 % d'acide phénique ; partant de cette première dilution

au 1/10 on obtient aisément par le même procédé des solutions au 1/100 au 1/1 000 et au 1/10 000.

On débute, en principe, par la dose, qui peut sembler faible, d'un dixième de milligramme ; puis on passe à 3/10, 5/10, 8/10 de milligramme ; puis 1 milligramme ; ensuite 3, 5, 8 milligrammes, 1, 3, 5, 8 centigrammes et la même progression est suivie jusqu'à 50 centigrammes, dose qu'on ne dépasse pas.

Après avoir répété deux fois cette dose d'Alt-Tuberkulin on utilise la Neue-Tuberkulin en débutant à 10 centigrammes pour progresser jusqu'à 50 centigrammes, dose qui est répétée cinq ou six fois.

L'intervalle entre les injections est de 4 jours pour les doses faibles, 5 ou 6 jours pour les doses moyennes, 7 ou 8 jours pour les doses fortes.

2° - L'antigène méthylique - Sera très indiqué en cas d'impossibilité de traitement par la tuberculine, (éloignement en campagne par exemple) ou en cas de réactions trop violentes à la tuberculinothérapie.

Le maniement en est classique ; nous le rappellerons brièvement : injections bi-hebdomadaires d'antigène dilué en débutant par 2/10 de cc, en élevant à chaque injection la dose de 1/10 à 2/10 de cc, selon la tolérance du malade jusqu'à 1 cc. Puis, injections hebdomadaires d'antigène pur en suivant la même progression jusqu'à 1, 5 cc ou même 2 cc. Repos de six à huit semaines. Cure de consolidation de même type si la première a été bien supportée.

3° - L'Aurothérapie : les sels d'or en combinaison soufrée (allochrysine, aurol-sulfide) sont d'un emploi trop courant pour nous étendre sur leurs modalités de prescription.

Ils nous serviront utilement, en particulier dans les manifestations polyarthritiques et asthmatiques des tuberculoses atypiques.

4° - Le Cautère enfin, cette vieille médication, à tort délaissée, a acquis, par les améliorations que sa pratique a provoquées dans beaucoup de nos tuberculoses atypiques, une place importante parmi ces diverses thérapeutiques.

Son action est surtout remarquable dans les cas de tuberculose atypique où les poussées exsudatives, les infections secondes pyogènes fortement suppuratives, provoquant une mobilisation leucocytaire importante, ont eu une action sédative et bénéfique.

MONCORGE, puis F. BEZANCON et A. JACQUELIN avaient fait cette même constatation chez les asthmatiques.

La technique en est simple. C'est la classique "mouche de Milan" de 2 cm environ de diamètre qui, parmi les divers vésicatoires, est le plus couramment utilisée. On l'applique pendant 36 à 48 heures sur l'avant-bras ou le bras ; on enlève la peau morte de la cloque, au bout de ce temps, et on fait des applications de pommade épispastique du Codex pour entretenir la suppuration.

Dans bien des cas, la seule application de ce cautère, précédant la mise en oeuvre des thérapeutiques spécifiques à la tuberculine ou à l'antigène méthylique, a suffi à amener une amélioration et une sédation remarquables.

*

* *

Ne concluons pas ce chapitre sans dire que les lésions ou les localisations génératrices de la toxémie tuberculeuse présentant, presque toujours, un caractère très ancien, discret, localisé, pratiquement non évolutif, nous ne croyons pas que les antibiotiques majeurs (streptomycine, isoniazide, P.A.S) puissent avoir, ici, d'indications ni d'efficacité.

C O N C L U S I O N S

I - Les tuberculoses atypiques, tuberculoses larvées, de faible virulence de végétabilité restreinte, imprègnent l'organisme d'une toxémie tuberculeuse persistante, chronique.

Des infections secondes, surtout staphylococciques et colibacillaires, se greffent fréquemment, sur ces terrains imprégnés par la toxine tuberculeuse.

II - La toxine tuberculeuse peut présenter de multiples localisations :

- sur l'appareil respiratoire
- sur les articulations
- sur l'appareil oculaire
- sur les voies digestives
- sur les centres diencéphaliques.

Chacune des manifestations dont nous venons d'énumérer la diversité peut rester isolée, tout au moins pendant très longtemps, dans un cas donné.

C'est ainsi que presque toute une évolution peut se poursuivre en une sorte d'électivité morbide, sous une forme monosyndromique, le malade restant, par exemple, un asthmatique, un entérocolitique, un

psychosique, ou encore étant atteint d'une série indéfinie de poussées d'irido-cyclites etc.

Mais il est des cas d'emblée bien plus évocateurs d'une toxémie générale bacillaire, ce sont ceux où l'on apprend par l'interrogatoire que se sont associées ou succédées, ou ont alterné, chez un même malade, plusieurs des manifestations ci-dessus mentionnées. Ou bien en suivant longuement ces cas, on les voit apparaître tantôt simultanément, tantôt tour à tour.

III - Dans notre première observation on verra se succéder, sur un fond d'asthénie intense et permanente, un syndrome gastro-entéro-colitique de longue durée, procédant par crises ; s'intriguant avec lui une rhino-trachéite spasmodique tenace ; alternant avec eux, les améliorant parfois, des atteintes bacillaires localisées à la plèvre ou au rachis. Secondairement vinrent se greffer sur le tout des infections suppuratives -(fistule anale, eczéma suintant, acné)-

Dans la seconde, les syndromes oculaire et psychosique se succédèrent et enfin un rhumatisme polyarticulaire, du type PONCET, s'intriqua avec les deux localisations précédentes ; ici encore des infections secondes staphylococciques cutanées, procédant par poussées, se greffèrent, réalisant une sorte d'éxutoire car leur arrêt par vaccinathérapie aggrava les manifestations gastriques, oculaires et psychiques.

Dans la troisième, enfin, tour à tour de nombreuses crises de polyarthrite et un asthme exsudatif intense se manifestèrent en premier lieu ; une entérocolite sévère qui ruina, par sa longue durée l'état général leur succéda ; des épisodes infectieux staphylococciques (sinusites purulentes, angines) s'intriquèrent aux précédents syndromes.

IV - Dans ces formes de tuberculose larvée, présentant des processus inflammatoires d'allure banale, il est d'un grand intérêt d'établir un diagnostic (basé sur les antécédents, l'examen radiologique pulmonaire, les tests tuberculiniques, le laboratoire) qui décélera l'imprégnation toxémique tuberculeuse et qui, seul, permettra la mise en marche d'un traitement spécifique antibacillaire.

Importante, également, au point de vue pronostique, est la possibilité d'escompter par ce traitement spécifique une amélioration durable chez ces malades, véritables "patraques", parfois inaptes à tout travail.

V - L'établissement d'un diagnostic de tuberculose atypique nous permet de mettre en œuvre une thérapeutique spécifique dont les principaux éléments sont :

- la tuberculinothérapie
- l'antigénothérapie
- l'anrothérapie
- le cautère.

Les antibiotiques majeurs (streptomycine, isoniazide, P.A.S.) n'ayant pas ici d'indications ni d'efficacité, en raison du caractère presque toujours très ancien, discret, localisé, pratiquement non évolutif, des lésions ou des localisations génératrices de la toxémie tuberculeuse.

Vu, le Président de Thèse,

Professeur J. TURIAF

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

ALBERT - WEILL (J) Les poissons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. PARIS 1932 BAILLIERE Edit.

AMEUILLE (P) Tuberculose pulmonaire abortive Sem. Hôp. PARIS 15 mai 1935.

AUBIN La neurasthénie bacillaire. Ann. Med. Psych. juil. 1945

BARD (L) Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire PARIS 1927 Maloine Edit.

BERGERON (A) Réactions syndromiques inattendues du test tuberculinique. Thèse de PARIS 1946.

BERNARD (L) Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire Bibliothèque de Phtisiologie Masson Edit.

BEZANCON (F) Rhumatisme tuberculeux et tuberculose généralisée des séreuses. Soc. Med. des Hôp. 18 octobre 1901.

BEZANCON (F) et de JONG - Asthme et tuberculose PARIS Médical n°1 janvier 1921.

BURNAND (R) Le rôle de la tuberculose chez les "Patraques" Revue de la tuberculose 5ème série t. II n°6 juin 1936

BURNAND (R) — Les syndromes d'imprégnation bacillaire. Masson Edit. PARIS 1938

BURNAND (R) — La tuberculose maladie générale et les états séquelles séquelles qui en découlent. Presse Médicale 65 3,9 janvier 1957

CALMETTE (A) — Le virus tuberculeux - Granulémie prébacillaire et bacillose. Presse Médicale n°23 19 mars 1930

CHIRON (J.P.) — L'eczéma dans le cadre des tuberculoses atypiques. Thèse de PARIS 1943

CORNET (A) — Asthme et tuberculose - Essais de tuberculinothérapie dans l'asthme. Thèse de PARIS 1941.

DEJEAU (Ch) et FERRIE (J) — La tuberculose atypique de l'appareil visuel . Maloine Edit. PARIS 1948

DETRY (A) — Rôle pathogénique du diencéphale et des poisons tuberculeux dans la genèse de certaines polynévroses - Thèse PARIS 1953.

DUVERNAY (L) — Qu'est-ce que la tuberculose inflammatoire ? Journ. de Med. de Lyon avril 1934

HYVERT (M) — Les tuberculoses atypiques en psychiatrie. (Préface de A. JACQUELIN) — Baillière Edit. 1952

JACQUELIN (A) — Les parentés morbides de l'asthme. Rapport au premier Congrès de l'Asthme - Le Mont-Dore 4 - 5 juin 1932

JACQUELIN (A) — Directives en pratique médicale - Terrain et tendances morbides. Paris 1935 Masson Edit.

JACQUELIN (A) Les tuberculoses atypiques - fréquence - polymorphisme. Intérêt thérapeutique. Masson Edit. PARIS 1939

JACQUELIN (A) & TURIAF (J) - Bronchites éosinophiliques et bronchites puriformes aseptiques - L'éczéma des bronches. Bulletin médical 7 novembre 1931

JACQUELIN (A) & BONNET - Les rhino-trachéo-bronchites descendantes anaphylactiques asthmatogènes. PARIS Médical 20 février 1932.

JACQUELIN (A)-TURIAF (J) & BEAUDOIN (A) - Asthme, états diathésiques et tuberculos atténuée. Contribution à l'étude des hypersensibilités tuberculiniques. Sem. Hôp. de PARIS 15 juin 1935.

JACQUELIN (A) - BEAUDOIN (A) - MALLET & SOULIGNAC - Tuberculose pulmonaire latente et infections saisonnières - Les cortico-pleurites intriquées - Bull. Med. n°27 18 juin 1938.

JACQUELIN (A) - TURIAF (J) - BEAUDOIN (A) & Mme R. CANS - Rhino-trachéo-bronchites à répétition et tuberculose atypique. Presse Médicale 31 décembre 1938.

JACQUELIN (A) - TURIAF (J) et CARLOTTI (J) - Le diagnostic et le traitement du rhumatisme tuberculeux par la tuberculine. Revue du rhumatisme 6 & 7 juin et juillet 1944.

JACQUELIN (A) - TURIAF (J) et DURAND - Les tuberculoses oculaires dans le cadre des tuberculoses atypiques. Bull. Soc. Opht. PARIS novembre 1945 et Ann. d'oct. 1945.

JACQUELIN (A) TURIAF (J) - MORAX (P) et DESCHAMPS (J.L.) - Les tuberculoses atypiques oculaires. Sem. Hôp. PARIS 1947 23-16.

JACQUELIN (A) et TURIAF (J) - Asthme et tuberculose. Rapport au 2ème Congrès Int. de l'asthme - Le Mont-Dore 3 - 5 juin 1950

JACQUELIN (A) - ROMAN (M) - Melle MAROLLEAU (M L) - ALBOUY (R) & DETRY (A)
Les tuberculoses atypiques diencéphalotropes.
Sem. Hôp. PARIS 30 sept. 1953

JACQUELIN (A) - BLANCHON (P) & DUHAMEL (J) - Confrontation de notre conception des tuberculoses atypiques avec la pathogénie actuellement admise pour d'autres affections focales génératrices d'allergie. Sem. Hôp. PARIS 32ème Année 22 10 Avr. 1956

JACQUELIN (A) & DUHAMEL (J) - Les tuberculoses atypiques à forme gastro-entérocolitique. Sem. Hôp. PARIS 10 avril 1956

JACQUELIN (A) - ROMAN (M) - CLEMENT (M) & CHARPIN (R) - Poussées bronchorrhéiques déclanchées par la tuberculine - L'exutoire bronchique. Sem. Hôp. PARIS 19 26 mars 1957

JACQUELIN (A) - GRATAY (A) - OLIVO (H R) - CHIRON (J.P) & SCHWARTZ (B)
Nouvelle contribution à l'étude des tuberculoses atypiques oculaires. Sem. Hôp. PARIS (sous presse)

MAS (P) Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses - Essai sur les formes mentales de la tuberculose.
Thèse de Montpellier 1934-35

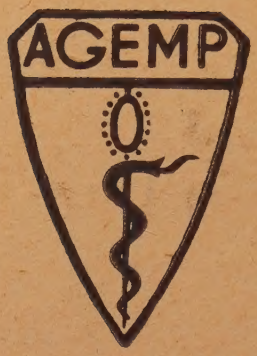
NIQUET (J) Le syndrome oculo-asthmato-rhumatismal de la tuberculose atypique allergique. Thèse de PARIS 1948

SERGENT Réactivation des foyers tuberculeux latents et bacilles de KOCH de sortie

SERGENT & TURPIN Ce qu'il faut entendre par tuberculose pulmonaire fermée
La tuberculose active non évolutive. PARIS Médical N° 30
25 juillet 1925.

SIFFLET (P) Les formes abortives de la tuberculose pulmonaire.
Thèse de PARIS 1935

TURIAF (J) Les pneumopathies atypiques.
Cahiers Médicaux d'Auvergne N° 6 - Déc. 1950



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90